

健保 使用 欄	承認 ・ 不承認		常務理事	課長	課長代理	主任	担当
	区分	被保険者・被扶養者					
	移送回数	回					
	承認期間	年 月 日 ～ 年 月 日					
	移送方法			備考			
	不承認理由						

被保険者 家 族 移送承認申請書 ・ 移送届

被保 険者 記入 欄	被保険者等	記号	番号	被保険者氏名			
	事業所名 所属	(所属)			生年月日	(和暦) 年 月 日	
	被保険者 居所住所	〒	—	Tel			
	発病または 負傷の原因	第三者行為により受傷した場合は、「第三者による傷病届」を添付してください。					
	被扶養者が 受診した場合	氏名		生年月日	(和暦) 年 月 日		続柄
	事前に申請が できなかった時 はその理由						
	備考欄	被保険者等の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。) ※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。					

医 師 証 明 欄	傷病名		初診 年月日	(和暦) 年 月 日		
	緊急に移送を 必要とした 理由					
	移送の方法 区間・回数 (具体的に)					
	うえのとおり移送の必要を認めます。 (和暦) 年 月 日 住所(所在地) 医療機関名称 医師名 Tel					

【注意事項】

◎この申請書は、事前に健保組合に承認を受けるために提出するものです。

受付日付印